



# Kopfschmerzprotokoll

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

<b>Wochentag/ Datum</b>														
<b>Stärke (0-10)</b>														
<b>Uhrzeit Von-bis</b>														
														
<b>Lokalisation</b>	 links	 rechts	 links	 rechts	 links	 rechts	 links	 rechts	 links	 rechts	 links	 rechts	 links	 rechts
<b>Übelkeit Ja/nein</b>														
<b>Erbrechen Ja/nein</b>														
<b>Was hast Du heute wegen den Kopfschmerzen unterbrochen?</b>														
<b>Medikamente</b>														
<b>Wie war Dein Tag?</b>														
<b>Besondere Vorkommnisse</b>														